

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1925

THÈSE

N° 113

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Paul DUSSUEL

Né le 20 septembre 1889 à Aix-les-Bains (Savoie)

Chevalier de la Légion d'honneur

Médaille militaire — Croix de guerre

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

KYSTES DERMOIDES

DE LA CLOISON RECTO-VAGINALE

Président : M. LEJARS, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE CACINE, 15

1925

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1925

THÈSE

N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Paul DUSSUEL

Né le 20 septembre 1889 à Aix-les-Bains (Savoie)

Chevalier de la Légion d'honneur

Médaille militaire — Croix de guerre

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

KYSTES DERMOÏDES

DE LA CLOISON RECTO-VAGINALE

Président : M. LEJARS, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1925

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie.....	NICOLAS.
Anatomie médico-chirurgicale.....	CUNEO.
Physiologie.....	Ch. RICHER.
Physique médicale.....	André BROCA.
Chimie organique et chimie générale.....	DESGREZ.
Bactériologie.....	BEZANÇON.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.....	Marcel LABBÉ.
Pathologie médicale.....	SICARD.
Pathologie chirurgicale.....	LECÈNE.
Anatomie pathologique.....	LETULLE.
Histologie.....	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale.....	RICHAUD.
Thérapeutique.....	CARNOT.
Hygiène.....	Léon BERNARD.
Médecine légale.....	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	MENETRIER.
Pathologie expérimentale et comparée.....	ROGER.
Clinique médicale.....	GILBERT
	CHAUFFARD.
	ACHARD.
	WIDAL.
	MARFAN.
	NOBÉCOURT.
	H. CLAUDE.
	JEANSELME.
	GUILLAIN.
	TEISSIER.
	DELBET.
Clinique chirurgicale.....	HARTMANN.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique.....	LEGUEU.
Clinique urologique.....	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements.....	BRINDEAU.
	JEANNIN.
	J.-L. FAURE.
Clinique gynécologique.....	VAQUEZ.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique médicale.....	DUVAL.
Clinique oto-rhino-laryngologique.....	SERGEANT.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	
Clinique propédeutique.....	



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ABRAMI..... Pathologie médicale
 ALGLAVE..... Pathologie chirurgicale.
 AUBERTIN.... Pathologie médicale.
 BASSET..... Pathologie chirurgicale.
 BAUDOUIN.... Pathologie médicale.
 BINET..... Physiologie.
 BLANCHETIÈRE Chimie biologique.
 BRANCA..... Histologie.
 BRULÉ..... Pathologie médicale.
 BUSQUET..... Pharmacologie et ma-
 tière médicale.
 CADENAT..... Pathologie chirurgicale.
 CHAMPY..... Histologie.
 CHIRAY..... Pathologie médicale.
 CLERC..... Pathologie médicale.
 DEBRÉ..... Hygiène.
 I. de JONG.... Anatomie pathologique.
 DUVOIR..... Médecine légale.
 ÉCALLE..... Obstétrique.
 FIESSINGER... Pathologie médicale.
 FOIX..... Pathologie médicale.
 GARNIER..... Pathologie expériment¹⁰.
 HARVIER..... Pathologie médicale.
 HEITZ-BOYER.. Urologie.
 HOVELACQUE.. Anatomie.
 JOYEUX..... Parasitologie.

MM.

LABBÉ (Henri). Chimie biologique.
 LARDENNOIS.. Pathologie chirurgicale.
 LE LORIER.... Obstétrique.
 LEMAITRE..... Oto-rhino-laryngologie.
 LEMIERRE..... Pathologie médicale.
 LÉVY-SOLAL... Obstétrique.
 LHERMITTE... Pathologie mentale.
 LIAN..... Pathologie médicale.
 MATHIEU..... Pathologie chirurgicale.
 METZGER..... Obstétrique.
 MOCQUOT..... Pathologie chirurgicale.
 MONDOR..... Pathologie chirurgicale.
 MOURE..... Pathologie chirurgicale.
 MULON..... Histologie.
 PHILIBERT... Bactériologie.
 RIBIERE..... Pathologie médicale.
 RICHET Fils.. Physiologie.
 ROUVIÈRE.... Anatomie

 TANON..... Pathologie médicale.
 TIFFENEAU... Pharmacologie et ma-
 tière médicale.
 VAUDESCAL... Obstétrique.
 VERNE..... Histologie.
 VILLARET.... Pathologie médicale.
 WELTER..... Ophtalmologie.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM

GOUGEROT.... Pathologie médicale.
 GUÉNIOT..... Obstétrique.

MM.

RETTERER.... Histologie.
 ROUSSY..... Anatomie pathologique.

IV. — AGREGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.
 AUVRAY..... Clinique chirurgicale.
 CHEVASSU Clinique chirurgicale.
 LAIGNEL-LAVASTINE Clinique médicale.
 LEREBoulLET. Clinique médicale infan-
 tile.
 LÉRI Clinique médicale.
 LÉPER Clinique médicale.

MM.
 OMBREDANNE. Clinique chirurgicale in-
 fan-
 tile.
 PROUST Clinique chirurgicale.
 RATHERY..... Clinique médicale.
 SCHWARTZ ... Clinique chirurgicale.
 TERRIEN..... Cliniq. ophtalmologique.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM MAUCLAIRE, agrégé.....	{	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez
FREY.....		l'adulte pour les accidentés du travail, les
N.....		mutilés de guerre et les infirmes adultes.
LEDOUX-LEBARD.....		Stomatologie.
		Éducation physique.
		Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni im-
pro-
bation.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR LEJARS

Professeur de clinique chirurgicale
Chirurgien de l'Hôpital Saint-Antoine

*En le remerciant du très grand
honneur qu'il nous a fait.*

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX

A LA MÉMOIRE DE MON FRÈRE

FRANCISQUE DUSSUEL

Caporal au 416^e régiment d'infanterie
Tombé devant Verdun en mars 1916

A MON PÈRE

*En témoignage de ma grande
affection et de ma reconnaissance.*

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
KYSTES DERMOÏDES
DE LA CLOISON RECTO-VAGINALE

INTRODUCTION

Les kystes du vagin sont fréquemment signalés. Tous les traités de chirurgie, de nombreuses publications ont été faites à leur sujet ; mais il suffit de parcourir même rapidement ces traités et ces publications pour se rendre compte que presque toujours il a été question de kystes de la paroi antérieure ou des kystes latéraux. Les kystes dermoïdes de la paroi postérieure ou de la cloison recto-vaginale sont beaucoup plus rarement observés.

Aussi il nous a paru intéressant, ayant eu à notre disposition une observation d'un kyste dermoïde de la cloison recto-vaginale, de faire quelques recherches au sujet de cette affection.

Nous nous occuperons d'abord de la pathogénie de ces tumeurs, insistant sur la théorie embryogénique la plus importante, puis nous dirons quelques mots de leur symptomatologie, de leur évolution, de

leur pronostic, de leur diagnostic et de leur traitement.

Mais avant d'aborder ce modeste travail nous nous permettrons de prier M. le professeur Lejars, chirurgien de l'Hôpital Saint-Antoine, de croire à notre grande reconnaissance ; nous le prierons de recevoir nos très respectueux remerciements pour nous avoir autorisé à employer une observation prise dans son service à l'Hôpital Saint-Antoine, observation qui nous fut transmise par notre excellent ami le D^r Pierre Millet, ancien interne des hôpitaux de Paris. Nous sommes heureux de profiter de l'occasion qui nous est offerte pour l'assurer de notre vieille et fidèle amitié et lui témoigner notre reconnaissance pour la grande aide qu'il nous a apportée au cours de notre travail.

PATHOGÉNIE

A) **Théorie de bourses séreuses.** — Nous ne citerons que pour mémoire et parce qu'elle présente un certain intérêt historique cette théorie soutenue par Courty, qui voulut faire de ces kystes de véritables bourses séreuses professionnelles. Leur peu de fréquence chez les filles publiques, cependant soumises à de fréquents examens gynécologiques, leur présence chez des vierges eurent rapidement raison de cette théorie.

B) **Théorie glandulaire.** — Ne présente également qu'un intérêt historique.

C) **Théorie de l'origine péritonéale.** — Zuckerland a formé cette hypothèse que certains kystes pourraient avoir leur origine dans un cul-de-sac de Douglas embryonnaire. Voici les considérations anatomiques sur lesquelles cet auteur se fonde pour supposer une telle origine.

En 1882 on a signalé la grande profondeur du cul-de-sac de Douglas ; chez l'embryon le péritoine descend primitivement dans l'éperon périnéal moyen jusqu'au niveau du cloaque plus bas par conséquent que le point où les canaux de Wolff et de Muller s'abouchent dans le sinus urogénital ; mais cette

existence d'un cul-de-sac descendant jusqu'au niveau de l'abouchement du canal utéro-vaginal dans le sinus urogénital est essentiellement transitoire chez l'embryon. Néanmoins Zuckerland dit que pendant un certain temps le cul-de-sac va jusqu'aux limites du bassin et que le péritoine tapisse la paroi vaginale postérieure ou ce qui la deviendra durant une courte période de la vie embryonnaire. Ce cul-de-sac disparaît par soudure des surfaces de contact.

Il peut arriver qu'une certaine étendue des surfaces juxtaposées échappe à l'accolement, ainsi se trouvent séquestrées dans la profondeur des tissus, de véritables cavités tapissées d'épithélium.

Cette cavité pourrait devenir le point de départ d'un kyste. Le revêtement épithélial sera de même nature que celui du péritoine embryonnaire.

Fredet a observé un kyste postérieur du vagin (observ. V) développé entre le vagin et le rectum, tapissé d'un épithélium à une seule couche très aplatie à contenu séreux, et propose d'expliquer ce kyste par la théorie de Zuckerland. Toutefois il n'admet cette hypothèse qu'avec de grandes réserves.

D) Théorie du traumatisme. — Pour Marion, un traumatisme pourrait être le point de départ d'un kyste. Une blessure de la muqueuse (forceps par exemple) provoquerait l'inclusion dans la paroi vaginale de débris épithéliaux qui seraient pris dans le travail de cicatrisation. Enfin un résidu mullerien à la suite d'un traumatisme évoluerait et formerait un kyste.

Cette théorie fut admise dans certains cas. Hartman dans sa thèse cite l'observation de Lenormand ayant opéré un kyste dermoïde développé sur un doigt à la suite d'une blessure par balle. La balle fut retrouvée dans le voisinage immédiat du kyste. Enfin les cas de kystes de l'iris à la suite d'un traumatisme ne sont pas une rareté.

E) **Théorie embryogénique**, la plus intéressante, fut d'abord défendue en 1879 par Watts. Mais avant d'aborder l'étude de cette théorie, le rôle prépondérant joué par le canal de Müller dans la formation des kystes de la cloison recto-vaginale nous oblige à une courte étude d'embryologie.

EMBRYOLOGIE

Lorsque le fœtus se trouve dans les premières semaines de la vie intra-utérine au stade d'indifférence génitale, le système urogénital dans l'espèce humaine est représenté de chaque côté de la colonne lombaire par :

- 1° Le rein primordial ou corps de Wolff;
- 2° L'ébauche de la glande génitale ;
- 3° Le rein définitif.

Le rein primordial ou corps de Wolff est constitué par un canal se terminant en cul-de-sac et émet latéralement « comme les dents d'un peigne », selon l'expression de Mathias Duval, 12 à 15 tubes. Ces tubes débouchent dans un collecteur longitudinal : le canal de Wolff.

Chez les amniotes le corps de Wolff devient l'organe urinaire définitif ; chez les oiseaux et les mammifères il régresse et ne laisse que quelques éléments qui joueront un rôle sexuel.

Chez la femme le canal de Wolff va s'étrangler parallèlement à son axe et donner naissance à deux gouttières jumelles, l'une ventrale, l'autre dorsale. Ces deux gouttières formeront deux canaux indépendants, l'un antérieur ventral, le canal de Malpighi, de

Gaertner, qui normalement doit regresser complètement, un postérieur dorsal, le *canal de Muller* qui doit se développer.

Dans ce canal de Muller nous distinguerons deux parties :

1° *Une partie supérieure* voisinant avec le corps de Wolff, qui va former la trompe avec son pavillon en s'ouvrant dans le coelom par l'ostium abdominal.

2° *Une partie inférieure* fournissant un trajet en spirale autour de l'uretère, se place en arrière du canal de Gaertner et s'accolant à l'urètre forme avec lui le cordon urogénital droit ou gauche qui s'ouvre dans le sinus urogénital.

Mais bientôt le cordon va se dissocier, l'uretère se porte en bas et en avant vers la face postérieure de la vessie ; les canaux de Muller vont s'accoler en canon de fusil et viendront s'ouvrir en arrière des deux canaux de Gaertner et plus bas qu'eux dans le sinus urogénital dont il soulève la paroi postérieure qu'ils longent. La paroi de contact va bientôt disparaître et les deux canaux fusionner.

Dans le deuxième mois de la vie embryonnaire apparaît dans ce canal unique dit « canal de Leuckart » une différenciation.

Le segment supérieur s'élargit, s'épaissit ; il forme l'utérus.

Le segment inférieur subit une modification histologique, son épithélium de cylindrique devient pavimenteux, se stratifie et plus tard sera papillaire.

Vers le septième mois de la vie fœtale les cellules vaginales se désagrègent, la cavité vaginale va se creuser.

Ainsi de la fusion des canaux de Muller résulte la formation de l'utérus et du vagin ; l'on prévoit que selon le degré de cette fusion on aura un utérus et un vagin normal, un vagin double et un utérus unique, un vagin unique et un utérus double, un utérus bicorné.

La plupart de ces malformations sont chez certaines espèces animales fixées à l'état de caractères permanents.

Après ce court chapitre d'embryologie nous pouvons exposer la *théorie embryogénique* et ses principaux arguments.

Argument embryologique. — Le développement urogénital ne se fera pas normalement, s'effectuera mal, un groupe épithélial évoluera d'une manière anormale ; il y aura développement d'une tumeur kystique.

a) Parce que l'accolement des canaux étant défectueux des cellules épithéliales vont se détacher des parois canaliculaires et subir l'évolution kystique.

b) Pendant l'accolement des franges cellulaires d'un des canaux des saillies verruqueuses, des appendices épidermiques vont saillir au dehors du point de soudure et plus tard subiront l'évolution kystique.

c) Pendant le cloisonnement du canal de Wolff il peut se produire des accouchements partiels du

canal de Muller, des îlots épidermiques se trouvent surajoutés à ce canal et évoluent atypiquement.

Argument histologique. — De l'examen histologique des kystes il résulte que les kystes de la paroi postérieure ont le plus souvent un épithélium pavimenteux et possèdent des papilles. Cette analogie de structure avec la muqueuse vaginale est un argument en faveur des kystes formés aux dépens des canaux de Muller.

Argument anatomique. — Ce que nous avons vu du développement des canaux de Muller nous explique qu'ils puissent donner naissance à des kystes d'origine mullérienne logés dans la paroi postérieure du vagin.

Enfin les débris embryonnaires donnent naissance à des kystes dans d'autres parties du corps : canaux de Wolff donnant des kystes de l'épididyme, ceux du cou s'étant formés aux dépens des fentes branchiales, les kystes dentaires aux dépens des follicules dentaires.

Nous n'avons pas eu la prétention en ces quelques lignes de prouver que les kystes dermoïdes de la cloison recto-vaginale étaient d'origine congénitale ; c'eût été enfoncer une porte ouverte ; nous n'avons fait ici que donner un résumé très bref de la question.

SYMPTOMATOLOGIE

Les kystes du vagin sont le plus souvent sphériques et sessiles, du moins au début de leur évolution.

Plus tard ils deviennent ovalaires, parfois irréguliers ; quelquefois ils sont pédiculés avec une grande tendance à sortir à la vulve.

Le début de ces kystes est essentiellement insidieux et reste constamment inaperçu.

Tant qu'il est de petites dimensions il est ignoré de la malade et c'est souvent au cours d'un examen gynécologique ou obstétrical qu'il est découvert par le médecin.

Il semble que les deux premiers symptômes soient les douleurs au moment de la défécation et des rapports sexuels. Dans notre observation I l'on vit se manifester des troubles du côté de la menstruation, pertes rouges presque continues, pas de pertes blanches. La malade accusait également des douleurs vagues et imprécises dans la région sacrée.

Dans les autres observations ceci n'est pas signalé.

L'examen gynécologique montre la muqueuse, recouvrant le kyste, saine.

Le toucher vaginal et rectal combiné permet de circonscrire nettement la tumeur mobile avec la paroi. On a une sensation d'élasticité ; la pression douloureuse permet cependant aisément l'examen.

ÉVOLUTION

Il semble que l'on puisse reconnaître deux périodes :

1° *Période de stagnation.* — De volume restreint ils peuvent passer inaperçus du sujet qui en est porteur. Cette période peut être indéfinie ou très longue. Frankell déclare que souvent ces kystes se signalent chez l'adulte alors que leur existence remontait jusqu'à la naissance. Marion cite le cas d'une malade du Tillaux qui depuis vingt ans avait un kyste gros comme un petit œuf.

2° *Période d'accroissement.* — Le kyste, pour une cause quelconque, augmente de volume. L'on a invoqué la puberté, la puerpéralité, les traumatismes répétés.

Alors apparaissent les symptômes que nous signalons précédemment.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic doit être fait avec les tumeurs solides de la cloison recto-vaginale, fibromyomes ou autres. Nous ne nous arrêterons pas à le discuter, leur consistance lorsque l'on palpe les kystes dermoïdes est un gros élément de diagnostic.

Si le kyste fait saillie au dehors de la vulve, l'on peut croire à un prolapsus utérin, à un rectocèle. Un examen approfondi permet d'éliminer les deux causes d'erreur.

Avec la hernie vaginale. Dans l'observation V rapportée par Fredet dans le *Bulletin et Mémoire de la Société anatomique de Paris*, il est dit que le kyste subissait l'influence de l'effort abdominal, que le seul toucher vaginal n'aurait pas permis de dire s'il s'agissait d'une tumeur ou d'une hernie vaginale. Le toucher rectal permet de faire le diagnostic.

COMPLICATIONS

En dehors des complications d'ordre mécanique dues à des kystes d'un gros volume nous n'avons retrouvé que :

a) Inflammation de la tumeur donnant les phénomènes infectieux courant des abcès chauds, et se terminant souvent par fistulisation ;

b) Rupture ne présentant pas grande gravité ;

c) La dégénérescence épithéliomateuse peut être redoutée en partant du principe que toute tumeur bénigne peut un jour évoluer vers la tumeur maligne.

TRAITEMENT

La cure radicale paraît être le traitement de choix ; elle est d'un gros intérêt étant donnée sa facilité relative. Abadie cependant signale que les adhérences à la paroi du rectum (obs. II) nécessitent de soigneuses précautions si l'on veut éviter toute perforation de la muqueuse rectale, source de fâcheuses complications.

PRONOSTIC

Tumeur bénigne n'ayant pas grosse influence sur l'état général. L'ablation est presque toujours facile. Nous n'avons pas trouvé de cas de récurrence signalés.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(de M. le professeur Lejars) Kyste dermoïde
de la cloison recto-vaginale

Mme M..., salle Léon Lefat, lit n° 10, Hôpital Saint-Antoine.

Entre à l'hôpital parce que depuis trois mois elle souffre dans la région sacrée de douleurs qu'exaspèrent les rapports sexuels et aussi les efforts de défécation.

Agée de 37 ans.

Réglée vers 17 ans. Depuis bien réglée.

Pas d'enfants. Pas de fausse couche.

Pas de maladies jusqu'à ce jour, excepté une crise d'appendicite qui nécessite une opération vers 17 ans.

Douleurs intermittentes depuis trois mois. Depuis un an déjà la malade souffrait de douleurs vagues et imprécises de la région sacrée. Il y a trois mois environ les douleurs se sont précisées et sont devenues plus vives. D'après les dires de la malade elles siègent dans la paroi vaginale et sont exaspérées par la position assise, les rapports sexuels, les efforts la défécation.

Les douleurs sont continues et par moment très violentes. La malade les compare à la « sensation d'une vrille qui lui entrerait dans le corps ».

Bien réglée jusqu'à il y a environ trois mois ; à partir de cette époque a commencé par ne pas avoir ses règles pendant deux mois, puis pendant tout le mois qui a précédé son entrée à l'hôpital a perdu d'une façon presque discontinue.

Pas de Pertes blanches.

Appétit irrégulier depuis trois à quatre mois.

Digestions pénibles. Selles très irrégulières.

Envie fréquente d'uriner depuis un mois surtout.

Pas de douleurs à la miction.

Pas de sucre, pas d'albumine.

Tumeur du volume d'une prune, assez haut située, très irrégulière, que l'on sent par le toucher vaginal et rectal. Par les deux combinés on circonscrit très nettement la tumeur mobile avec la paroi. Sensation d'élasticité, douloureuse à la pression, mais permettant cependant un examen détaillé.

Compte rendu de l'opération faite par M. le professeur Lejars. — Incision de la paroi postérieure du vagin au niveau du cul-de-sac. On pénètre petit à petit dans la profondeur. Incision de la masse qui a un contenu graisseux nettement dermoïde. Curage de la paroi qui est fort mince. Tamponnement de la cavité. Tamponnement vaginal.

OBSERVATION II (résumée)

Dr Abadie, *Bulletin et mémoire Société d'anatomie de Paris* (1903).

Mlle N..., 35 ans.

Petite tumeur sphérique située dans la paroi postérieure du vagin, juste au-dessus de l'orifice vulvaire. Volume d'une grosse cerise : forme régulière.

Un doigt dans le rectum sent au point correspondant une saillie marquée.

Le 6 mars 1903 on porte le diagnostic de kyste du vagin et on procède à une ablation sanglante.

Opération. — Adhérences à la paroi du rectum, nécessitant de soigneuses précautions si l'on peut éviter toute perforation de la muqueuse rectale, source de fâcheuses complications.

OBSERVATION III

De Werner Kummer, *Arch. Virchow*

Kyste de la paroi postérieure du vagin d'origine mullérienne.

Femme de 27 ans. Deux accouchements. Kyste reconnu il y a cinq ans, siège sur la paroi postérieure du vagin. La paroi vaginale est mince et blanchâtre en avant du kyste, qui est ovalaire, mesurant 20 millimètres sur 15. Sur une moitié du kyste la muqueuse du vagin est normale; ailleurs elle est irrégulièrement rugueuse. La paroi du kyste est nettement délimitée.

Les cellules sont tantôt cylindriques, hautes, à cils vibratils, tantôt elles reposent sur une couche de cellules de remplacement, tantôt elles sont pavimenteuses, stratifiées ou non. La paroi est partout nettement papillaire, l'épithélium cylindrique suit les contours des papilles. En somme, épithélium variable dont les variations correspondent aux différentes phases par lesquelles peut passer l'épithélium du vagin pendant le développement de l'organe.

OBSERVATION IV

Thèse de Feurtet,

Kyste de la cloison recto-vaginale

Sage-femme de 45 ans. S'est aperçue un mois avant son entrée à l'hôpital d'une grosseur à la vulve, gênant les rapports sexuels, douloureuse pendant la défécation.

Examen de la malade. — Apparence de rectocèle. Toucher rectal permet de faire le diagnostic de kyste de la cloison recto-vaginale. Tumeur grosse comme 1 œuf de poule siégeant sur la paroi postérieure du vagin, s'étendant depuis la fourchette jusqu'à 4 centimètres de ce point et présentant 3 centimètres dans sa plus grande largeur.

La muqueuse qui la recouvre est saine.

Opération. — Dissection du kyste, ouverture accidentelle.

Suture de la muqueuse aux crins de Florence.

OBSERVATION V

Fredet, *Bulletin et Mémoire de la Société anatomique de Paris*, octobre 1903.

Femme de 19 ans. Kyste découvert à la suite d'un examen génital, car il ne provoquait aucun trouble, aucune sensation anormale.

Examen au spéculum. — La paroi postérieure du vagin est soulevée au voisinage du cul-de-sac par une masse ovulaire de la grosseur d'une petite noix.

Elle subissait l'influence de l'effort abdominal et par le seul toucher vaginal on n'aurait pu dire s'il s'agissait d'un *kyste* ou d'une *hernie vaginale*.

Le toucher rectal permettait de dépasser la limite supérieure de la tumeur et de définir une poche rénitente, placée entre le vagin et le rectum au niveau du cul-de-sac postérieur.

Opération facile.

Examen histologique. — Paroi tapissée d'un épithélium à une seule couche, formée de cellules très basses, inséparables les unes des autres.

CONCLUSIONS

1° L'intérêt de ces kystes réside dans leur rareté extrême. De nombreux kystes du vagin sont signalés; mais peu de dermoïdes. Parmi les assez nombreuses observations de kystes de la cloison recto-vaginale que nous avons pu lire, nous nous sommes attachés à ne reproduire que celles qui nous paraissaient concerner des kystes purement dermoïdes ;

2° Ces kystes présentent également un intérêt au point de vue pathogénique. Tout le monde aujourd'hui semble reconnaître la théorie embryogénique ;

3° Rien de très spécial n'est à signaler au point de vue symptomatologie. Ces kystes, lorsqu'ils sont assez volumineux pour se manifester, donnent lieu à la sensation de corps étrangers ;

4° Leur diagnostic est relativement facile. Leur nature dermoïde est toujours soupçonnée, mais ce n'est que la nature du liquide qu'ils contiennent et l'examen histologique qui révèlent la nature dermoïde ;

5° La cure radicale paraît être le traitement de choix. L'opération est relativement facile.

Cependant les adhérences à la paroi du rectum nécessitent de sérieuses précautions.

Vu : le Président de la thèse,

LEJARS

Vu : le Doyen

ROGER

Vu et permis d'imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris

APPELL

BIBLIOGRAPHIE

- Robert.* — Contribution à l'étude des kystes de la paroi post. du vagin. Paris, 1899.
- Feurlet (G.).* — Contribution à l'étude du kyste du vagin. Paris, 1901.
- Fredet.* — Kyste postérieur du vagin dérivant probablement du cul-de-sac de Douglas embryonnaire. Origine des kystes du vagin (Bulletin et Mémoire Société d'Anatomie de Paris, 1903).
- Villar.* — Kyste dermoïde du vagin (Bulletin Société d'Anatomie et Physiologie de Bordeaux, 1895).
- Atadée.* — Kyste de la paroi post. du vagin (Bulletin et Mémoire Société d'Anatomie de Paris, 1903).
- Dubousquet.* — Cas de kyste du vagin d'origine mullérienne (Progress médical, Paris, 1903).
- Marion.* — Gazette des Hôpitaux, 1902.
- Christiaen (Elie).* — Contribution à l'étude de la pathogénie des kystes du vagin. Lille, 1905-1906.
- Rostagni (Henri).* — Les kyste du vagin (Revue générale. Montpellier, 1908-1909).
- Chollet (Abel).* — Le kyste dermoïde pelvo-ischio-rectal. Montpellier, 1912-1913.
- Rocher (L.).* — Kystes dermoïdes para-coccygien (Journal de Médecine de Bordeaux, 1908).
- Pages (Georges).* — Contribution à l'étude de la pathogénie des kystes du vagin. Paris, 1901-1902.
- Weill (Louis).* — Contribution à l'étude du kyste du vagin. Nancy, 1903-1904.
- Senegmeff (G.).* — Contribution à l'étude des kystes dermoïdes (Annales de Gynécologie et d'Obstétrique, Paris, 1905).
- Hartmann (Georges-Louis).* — Les kystes du vagin. Thèse Paris, 1919.
- Dainville (François).* — Kystes multiples de la paroi postérieure du vagin (Bulletin et Mémoire Société d'Anatomie de Paris, 1903).

Imp. de la Faculté de Médecine, JOUVE & Cie, 45, rue Racine, Paris. — 6600-23
